

ГООВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького».
Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ ДНР

Использование пневмоперитонеума в лечении больного инфильтративным туберкулезом легких (клинический случай)

Гуренко Е.Г., Тарасенко В.Д., Литвин Д.О., Передерий О.Е.

Актуальность

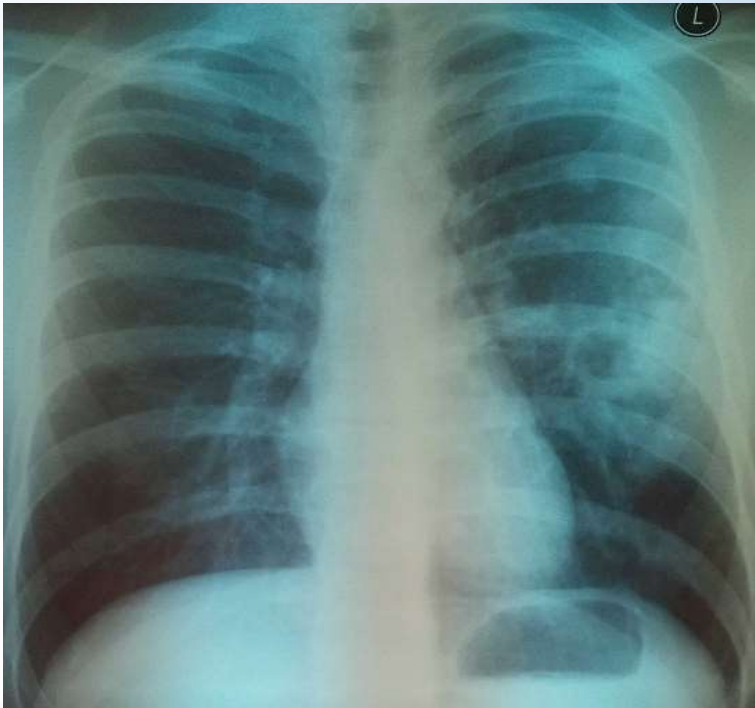
- Лечение больных деструктивными формами туберкулеза по-прежнему представляет сложности
- Несмотря на расширение арсенала ПТП, эффективность этой категории больных не достигает должных значений
- Коллапсотерапию применяют в странах СНГ, т.к. она в ряде случаев помогает избежать хирургического вмешательства и излечить больных от туберкулеза

Пневмоперитонеум (ПП)

- Введение воздуха в брюшную полость для ограничения подвижности диафрагмы и иммобилизации легких
- Приподнятая диафрагма снижает дыхательную функцию нижних отделов легких. Это стимулирует репаративные процессы
- ПП применяют с целью улучшения микроциркуляции в легких, уменьшения диаметра каверн

Больной Б., 25 лет

- **Жалобы** на снижение массы тела на 10 кг за 3 месяца
- **Анамнез жизни:** уроженец Италии. Проживает на съемной квартире с двумя друзьями. ФЛГ обследование проходит регулярно, последний раз – в 2017г.- норма (со слов). Контакт с больным туберкулезом не установлен.
- **Анамнез заболевания:** изменения в легких выявлены при профилактическом осмотре. Направлен на первичную диагностику. Выполнены обзорная и боковая Р-граммы ОГК.



Обзорная и левая боковая Р-граммы ОГК

- В $S_{1,2,6}$ левого легкого – определяется инфильтрат с полостями распада, на остальном протяжении тотально – очаги средней интенсивности различной величины, лимфангит
- В $S_{ax, 2}$ правого легкого – группа очагов средней интенсивности
- Корни не расширены. Cor – норма

□ Консультирован фтизиатром. Направлен в РКТБ

Объективно:

Общее состояние удовлетворительное. Рост 185см вес 73кг.

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Татуирован. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-18 в мин. Сог. тоны ясные, ритмичные. ЧСС-64 уд. в мин. АД 120/80. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отрезки кишечника удовлетворительных свойств. Периферических отеков нет. Стул, диурез – без особенностей

Обследован

- Микроскопия мазка мокроты по Ц-Н: **КУБ 2/300** п/зрения
- Ан. мокроты на тест Gene Xpert MTB/RIF МБТ+ низкое, R - чувствительность сохранена
- Культуральное исследование: **МБТ 2+**
- ТЛЧ – чувствительность к HRZES Cm Am Lfx Mfx сохранена
- ВИЧ – отр.; RW - отр.; HBsAg - отр.
- Клинический анализ крови: Эр- $4,05 \times 10^{12}$ /л ЦП-1,04 Л- $6,2 \times 10^9$ /л СОЭ-36мм/ч п-6% с-62% э-1% л-26% м-5% АчЛ-1,61
- Биохимический анализ крови: Общ.белок-78,1г/л; билирубин общ.-20,0 мкмоль/л; прямой-5,8; непрямой-14,2 АЛат-15,0 U/l (норма: 0-11,3) АСаТ-4,5 U/l (норма: 0-11,3) глюкоза-4,9ммоль/л
- Общий анализ мочи: Уд.вес-1020 белок-нет Лейк.-2-4 в п/з эп.пл.- ед. в п/з слизь-2+
- ЭКГ: ритм синусовый. Вертикальное положение ЭОС. Позиция вертикальная.
- ФВД: НВСЛ I ст. смешанный тип. (ЖЕЛвд-61% МВЛ-73% ФЖЕЛ-59% ОФВ1-59% ОФВ1%-102% ПОС-49%)
- УЗИ ОБП выводы: умеренные диффузные изменения печени. Изменения стенок в просвете желчного пузыря (ЖКБ). Нормальная картина поджелудочной железы. Спленомегалия. Правая почка без структурных изменений. Конкремент левого почечного синуса, без признаков нарушения уродинамики

Клинический диагноз

- ВДТБ (Л) (08.18) левого, $S_{2,ax}$ правого легкого (инфильтративный) Дестр+ МБТ+ М+ К+ Рез1- Рез2- Гист0 Кат1.1 Ког3 (2018)

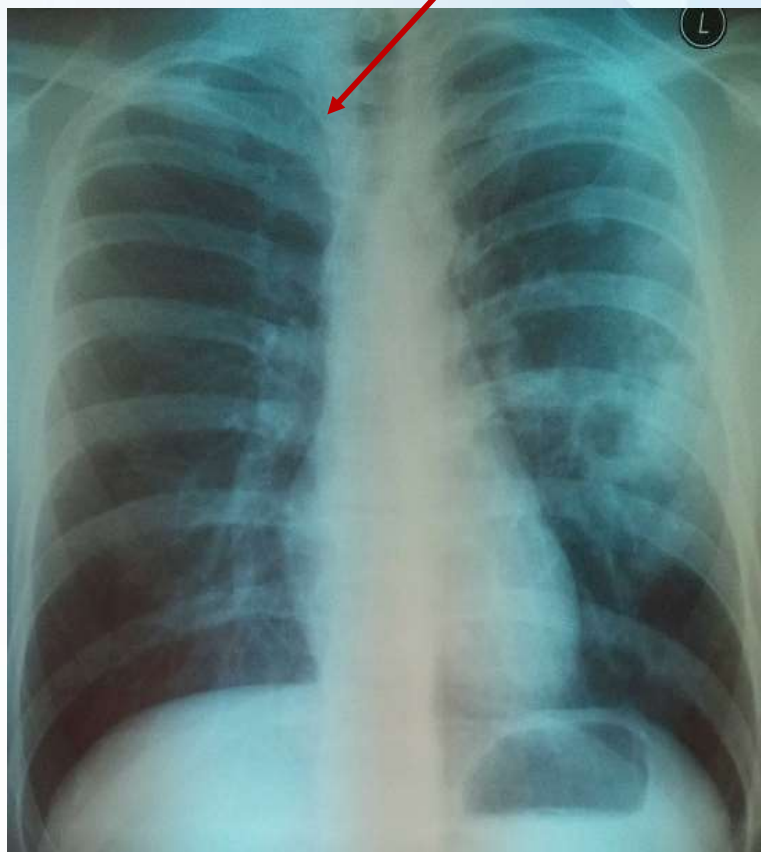
Лечение:

Режим 1

- ИФ: Н 0,3 R 0,6 E 1,2 Z 2,0

Обзорные Р-граммы ОГК

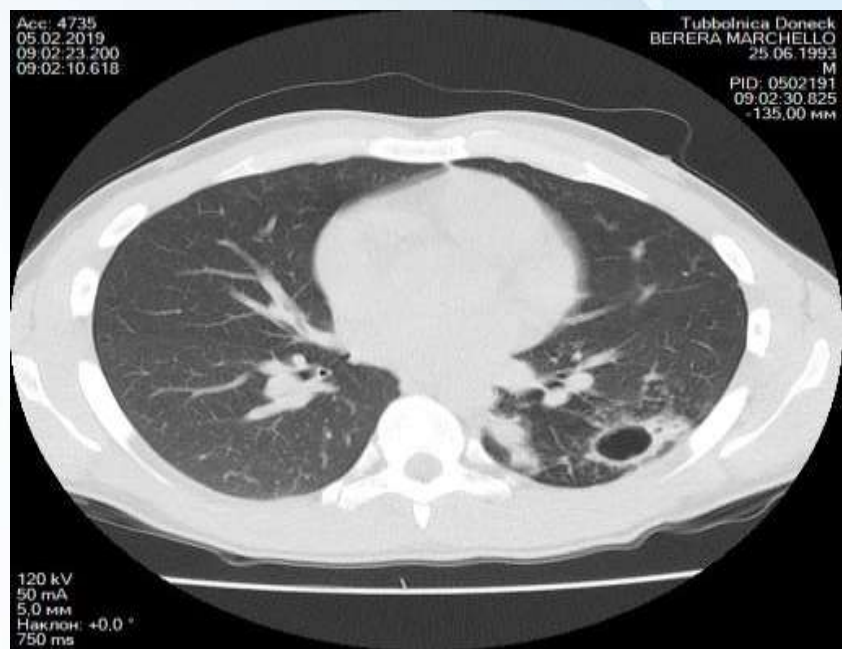
при поступлении и через 3 месяца лечения



- На контрольной обзорной рентгенограмме ОГК отмечается по сравнению с 08.18г. – динамика рассасывания очагов в $S_{ax, 2}$ правого легкого и $S_{1,2,6}$ левого легких, уменьшение инфильтратов и полостей в S_6 слева к 11.18г.

- Назначены дополнительные методы исследования:
- СКТ ОГК
- ФБС
- консультацию фтизиохирурга

СКТ ОГК



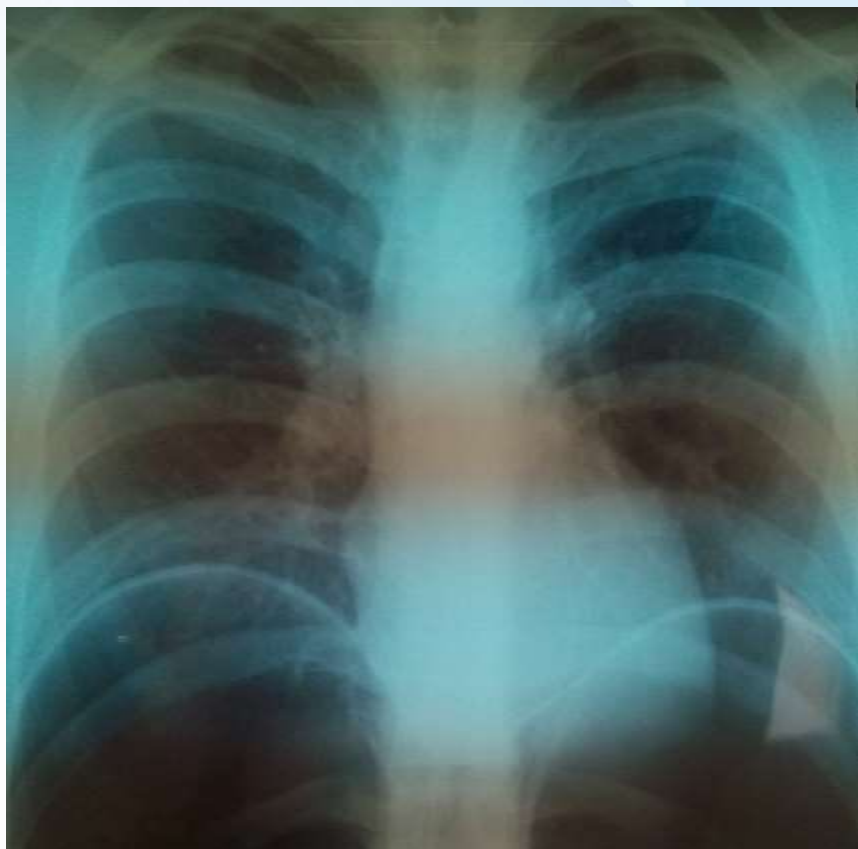
СКТ ОГК

- В S_{1+2} левого легкого (парамедиастинально) определяется участок фиброзно-цирротических изменений
- В S_3 левого легкого определяются округлые инфильтраты 10 и 17мм с полостями распада
- В S_6 левого легкого определяется полость распада с толстыми стенками 23,6мм в диаметре
- В левом легком определяются множественные очаги отсева различных размеров и плотности
- В $S_{2,ax}$ правого легкого определяется округлый инфильтрат до 17мм в диаметре с полостью распада
- Увеличенных лимфоузлов в средостении нет. Синусы свободны. Cor. – норма

- ❑ **ФБС** - левый главный бронх сужен на 1/3 диаметра, межхрящевые промежутки сглажены, слизистая резко отечна. Справа норма. ДЗ: Инфильтративный туберкулез левого главного бронха
- Анализ промывных вод бронхов: цвет-бесцветный; характер слизи – мутный. Эпителий бронхов – до ¼ п/зрения в состоянии пролиферации, альвеолярные макрофаги–2-3 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/зрения. КУБ и АК – не обнаружены
- Бакпосев БАЛ на вторичную флору - дрожжеподобные грибы, грамположительные кокки
- ❑ **Консультация фтизиохирурга** – На СКТ ОГК сохраняется полость в S_6 и инфильтраты в S_{1-2-3} слева. Справа в верхней доле очаги.
- ❑ В настоящее время оперативное лечение не показано
- ❑ Рек-но: наложение ПП.

- ЦВКК: интенсивную фазу лечения по Режиму1 продлить до 220 доз
- Лечебный пневмоперитонеум наложен, введено 1000,0мл.воздуха. Переносимость удовлетворительная
- Контроль через 2 месяца.

- ❑ На протяжении 5 месяцев получал лечение ПТП в сочетании с лечебным пневмоперитонеумом
- ❑ **Контрольные обзорная рентгенограмма и СКТ ОГК**



Контрольные обзорная рентгенограмма и СКТ ОГК

- В $S_{1,2}$ левого легкого – участок фиброцирротических изменений
- В верхней доле, S_6 левого и $S_{2,ax}$ правого легких определяются интенсивные очаги, различных размеров. Увеличенных лимфоузлов в средостении нет. Синусы свободны. В брюшной полости газ после ПП

- ❑ Количество полученных доз ПТП в интенсивной фазе- HRZE 230 доз, поддерживающей фазе- HR 155 доз
- ❑ **Консультация фтизиохирурга** – По данным СКТ ОГК отмечена положительная рентгенологическая динамика. Курс пневмоперитонеума завершен, оперативное лечение не показано
- ❑ **Диагноз при выписке:** ОИТБ (09.19) в виде интенсивных очагов, фиброза в верхней доле, S_6 левого, $S_{2,ax}$ правого легких. Кат.5.1.
- ❑ **Рекомендации:** Курс лечения завершен. Стойко абациллирован всеми методами. Наблюдение у фтизиатра по месту жительства по категории 5.1. с полным клинико-рентгенологическим обследованием 2 раза в год

Выводы

- ❑ Коллапсотерапия остается востребованным методом лечения туберкулеза
- ❑ Преимуществом пневмоперитонеума является возможность применения его при двустороннем распространенном процессе, а также при остро протекающем туберкулезе
- ❑ Несмотря на наличие выраженного деструктивного процесса в легких, благодаря ПП, удалось вылечить больного от туберкулеза с небольшими остаточными изменениями

Благодарим!

